

Anamnesebogen



www.augen-haupt.de | info@augen-haupt.de | 030 7825052

Patient/in: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

PLZ/Ort: _____

Telefon Festnetz: _____

Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Besuchsgrund: _____

			wenn ja, wann/welche?
Hatten Sie bereits Augenoperationen?	☐ ja	☐ nein	
Nehmen Sie derzeit Augentropfen?	☐ ja	☐ nein	
Haben Sie Allergien?	☐ ja	☐ nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐ ja	☐ nein	☐ siehe Medikamentenplan ☐ die folgenden: _____ _____ _____
Könnten Sie schwanger sein?	☐ ja	☐ nein	
Stillen Sie?	☐ ja	☐ nein	Wenn ja, Woche/Monat: _____

Allgemeine Gesundheit: Haben Sie eine dieser Allgemeinerkrankungen?

☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Rheuma/Autoimmunerkrankung ☐ andere Erkrankungen: _____

Datenschutz & Einwilligung

A) Datenschutzhinweis nach Art. 13 DSGVO – bitte lesen

Verantwortliche Stelle: Augenarztpraxis Dr. S. Balc F.E.B.O. & Kollegen, Hauptstraße 121, 10827

Berlin-Schöneberg; Kontakt siehe oben.

Datenschutzbeauftragte/r (falls vorhanden): _____

Zwecke & Rechtsgrundlagen: Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, zur Terminverwaltung, Diagnostik, Behandlung und Abrechnung.

Rechtsgrundlagen: Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Behandlungsvertrag) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Gesundheitsversorgung) und § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG.

Empfänger-Kategorien: je nach Erforderlichkeit z. B. andere behandelnde Ärzt/innen, überweisende Stellen, Krankenkassen/Medizinischer Dienst, Abrechnungs- und IT-Dienstleister.

Speicherdauer: Patientendaten werden gesetzlich mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit sowie Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde; ggf. Widerspruch/Widerruf (Art. 15–22 DSGVO).

Datenübermittlung in Drittländer: nur, wenn die Voraussetzungen der DSGVO (z. B. Angemessenheitsbeschluss oder geeignete Garantien) erfüllt sind.

Bestätigung des Erhalts der Informationen nach Art. 13 DSGVO

Ich habe den vorstehenden Datenschutzhinweis erhalten und zur Kenntnis genommen.



Datum/Unterschrift: _____

B) Freiwillige Einwilligungen

Jede Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar; die gesetzlich erforderliche Behandlung bleibt davon unberührt.

- ☐ Kontakt per E-Mail/Nachricht (Terminbestätigung/-erinnerung, organisatorische Rückfragen).
- ☐ Hinterlassen von Nachrichten auf meiner Mailbox/bei Angehörigen.
- ☐ Befund/Arztbrief an mitbehandelnde Ärzt/innen (sofern medizinisch sinnvoll).
- ☐ Recall (Erinnerung an Kontrolltermine).



Datum/Unterschrift: _____